

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1954 - 1955 N° 57

LE TRAITEMENT DES BUEURS PSYCHIATRIQUES DANS L'ARMÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROMANI Bernard

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 20 Janvier 1929

à TANANARIVE (Madagascar)



VÉNISSIEUX

108, avenue Viviani

Imprimerie JULLIEN

—
1954

**LE TRAITEMENT
DES BUVEURS PSYCHIATRIQUES
DANS L'ARMÉE**

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1954 - 1955 N° 57

LE TRAITEMENT DES BUVEURS PSYCHIATRIQUES DANS L'ARMÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROMANI Bernard

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 20 Janvier 1929

à TANANARIVE (Madagascar)



Imprimerie JULIEN
108, avenue Viviani
VÉNISSIEUX

—
1954

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

MM. J. LÉPINE.
H. HERMANN.
J. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE
PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND.

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique ophtalmologique
Clinique otho-rhino-laryngologique
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la Tuberculose
Clinique dermatologique et syph.igraphique
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Pharmacie et Pharmacologie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique radiologique et physiothérapie

MM FROMENT.
P. RAVAUULT.
SANTY
WERTHEIMER.
BONNET.
X...
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
LEULIER.
HERMANN.
MARTIN J.-F
PONTTHUS.

(détaché à Beyrouth)

Médecine du Travail
Parasitologie et pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
Chimie organique et toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Histologie
Pharmacie galénique et matière médicale
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène
Biologie médicale et pharmacodynamie
Propédeutique chirurgicale
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique pharmaceutique

MAZEL.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEBRAND
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL.
BOURRET.
LEVRAI.
SOHIER.
JOURDAN.
BERTRAND.
NETIEN.
BADINAND

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique
Pharmacie et pharmacologie
Physique biologique

MM. BANSSILLON
DREYON.
BERGER

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

Parasitologie COUDERT.
Parasitologie ROMAN.
Histologie X...

Bactériologie
Physiologie
Physiologie
Biochimie médicale

MM.

BERTOYE A.
CHATONNET.
CIER.
CREYSSEL R.

AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale BRUN.
Pathologie médicale GIRARD M.
Pathologie médicale GIRARD P.
Pathologie médicale JEUNE.
Pathologie médicale VACHON.
Pathologie médicale GALT.
Pathologie médicale GONIN.
Pathologie chirurgicale... BERARD.
Pathologie chirurgicale... DESJACQUES.
Pathologie chirurgicale... LABRY.
Pathologie chirurgicale... TRILLAT.
Pathologie chirurgicale... DARGENT.
Pathologie chirurgicale... MARSUY.
Pathologie chirurgicale... GUILLET.
Orthopédie MARION J.
Obstétrique BROCHIER.

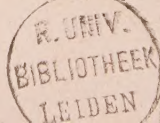
Obstétrique MAGNIN.
Obstétrique MATHIEU J.
Anatomie pathologique.. GUICHARD A.
Anatomie LATARJET M.
Urologie PERRIN.
Ophtalmologie PAUFIQUE.
Neuro-chirurgie LECUIRE.
Oto-rhino-laryngologie .. MAYOUX.
Dermato-syphiligraphie .. THIERS.
Médecine légale et médecine du travail..... ROCHE.

Chargé des fonctions
de Maître de Conférences agrégé
Hygiène BENAZET.

Examineurs de la Thèse

P. DECHAUME, JOSSEBRAND, R. SOHIER, BENAZET.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

à qui je dois tout.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOHIER

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon

Il a bien voulu nous honorer de sa confiance en nous donnant ce travail. Au cours d'un semestre passé dans son service, nous avons pu apprécier la valeur de son enseignement, et la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre reconnaissance.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène Mentale
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Hommages respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOSSERAND

*Professeur de Pathologie Générale et Expérimentale
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Hommages respectueux.

MONSIEUR LE DOCTEUR BENAZET

*Chargé des fonctions de Maître de Conférences
Agrégré d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon
Chef du Laboratoire de Bactériologie
de l'Hôpital Militaire Desgenettes*

Nous n'oublierons pas l'exemple qu'il nous donna par son travail, ses connaissances scientifiques et sa simplicité.

Nous n'oublierons pas non plus la bienveillance qu'il nous manifesta en toutes circonstances.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre admiration et notre gratitude.

A MONSIEUR LE MEDECIN-COLONEL DURAN

Médecin des Hôpitaux Militaires

Alors qu'il était Chef du Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire Desgenettes, c'est avec la plus grande amabilité qu'il nous a accueilli. Il nous a beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail, ne ménageant ni son temps, ni sa peine.

Que, pour le réconfort qu'il nous apporta, en cette circonstance et en bien d'autres, il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier

Nous avons eu le grand avantage de recevoir notre initiation psychiatrique dans son service du Vinatier. Il nous a donné de la psychiatrie une vision magistrale, pleine de dynamisme et d'espoir dans les possibilités de cette spécialité.

Pour la valeur de son enseignement, sa simplicité, sa bonté ; pour la connaissance qu'il a de ses malades et son dévouement à leur cause ; enfin, pour la patience et l'intérêt qu'il nous a manifestés dans l'élaboration de ce travail, qu'il trouve ici l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE MEDECIN-LIEUTENANT-COLONEL CAMELIN

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chef du Service de Médecine Générale
à l'Hôpital Militaire Desgenettes*

C'est avec beaucoup de bienveillance
qu'il nous a aidé dans l'élaboration de ce
travail en mettant à notre disposition des
documents de son service hospitalier.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre gratitude.

A MONSIEUR LE MEDECIN-COMMANDANT FAVIER

*Spécialiste des Hôpitaux Militaires
Chef du Service de Neuro-Psychiatrie
de l'Hôpital Militaire Desgenettes*

A MONSIEUR LE MEDECIN-CAPITAINE JUDEAU

Assistant des Hôpitaux Militaires

A MONSIEUR LE MEDECIN-CAPITAINE DUTEL

Assistant des Hôpitaux Militaires

Ils ont bien voulu s'intéresser à ce travail
et nous aider dans son élaboration, par
leurs conseils et leur participation active.

Nous les assurons ici de notre dévouement.

A L'EQUIPE
DE L'HOPITAL DU VINATIER

A MONSIEUR LE MEDECIN-GENERAL CHAVIALLE

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX CIVILS DE LYON

A TOUS NOS MAITRES
DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DESGENETTES

A NOS CHEFS

A TOUS NOS CAMARADES, ANCIENS ELEVES ET ELEVES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

INTRODUCTION

Rien n'est irritant pour le médecin militaire comme ces alcooliques qui ennuiant tout le monde : leurs collègues, leurs chefs, leur famille, qui se détériorent eux-mêmes en apparence de propos délibéré, et qui continuent à boire malgré tout, malgré les avertissements, les punitions, les menaces, le danger de mort.

Pourquoi disons-nous buveurs psychiatriques ?

Nous voulons parler des buveurs qui, indépendamment des dysfonctionnements viscéraux classiques, ne peuvent plus boire sans présenter de troubles du comportement, motivant l'intervention du psychiatre.

Ces sujets sont très nombreux dans l'armée.

Il nous a semblé qu'ils correspondaient assez bien à cette catégorie de malades que le Docteur Réquet nomme Buveurs Psychiatriques, et c'est pourquoi nous lui empruntons ce terme, que l'on peut définir ainsi :

Ce sont des buveurs qui ne supportent plus l'alcool.

Ils viennent au psychiatre, non pas, le plus souvent, en raison de troubles mentaux manifestes, mais parce qu'ils sentent que leur vie se dirige vers une catastrophe sociale et familiale.

A l'étude, cette vie apparaît marquée d'événements significatifs, ayant la valeur de traits spécifiques d'un type de personnalité.

— L'étude de cette personnalité exige une méthode particulière, méthode que l'examen de nombreux buveurs suggère de lui-même, d'ailleurs.

La conception du buveur psychiatrique trouve ses conséquences pratiques dans la réalisation des cures de dégoût (Antabus, surtout en France), qui demandent pour répondre à tous les besoins du malade :

— Le traitement médicamenteux.

— La psychothérapie.

— L'intégration dans le groupe de buveurs guéris, milieu nécessaire à l'homme qui conquiert sa guérison, où il est compris, soutenu, aidé, et où il fera sa réhabilitation sociale.

Là, le prosélytisme anti-alcoolique, propre à ces anciens « supporters » de l'alcool trouvera le terrain d'action le plus concret, le plus efficace et le plus humain.

Les résultats sont déjà bons. Ils seront encore meilleurs, lorsqu'on disposera d'une véritable post-cure, à la disposition des buveurs guéris aussi longtemps qu'ils en auront besoin.

Dans l'armée, où le problème de la cure de dégoût n'a pas, à l'heure actuelle, reçu de solution satisfaisante, peut-on essayer de faire mieux, en utilisant ces expériences aujourd'hui couronnées de succès ?

Dans ce travail, nous essaierons d'abord de poser le problème général de l'alcoolisme dans l'armée.

Nous aborderons ensuite la question du buveur psychiatrique et de son traitement, pour chercher les solutions pratiques, applicables au milieu militaire.

CHAPITRE I

LES BUVEURS DANS L'ARMÉE

Il ne se passe pas de jour que le médecin militaire n'ait à s'occuper d'un buveur qui apporte une perturbation quelconque dans la marche du service. Faut-il le traiter comme un coupable ou comme un malade ? Question embarrassante, et qui se pose de plus en plus souvent.

Il paraît que tout le monde le sait, que tout le monde le déplore, le commandement le premier, et que l'on voudrait bien voir disparaître cette hypothèque sur la valeur de l'armée. Et pourtant, l'alcoolisme se développe à la manière d'une véritable *épidémie*, dont il a tous les caractères.

Que lui oppose-t-on ? Des règlements, des conseils moraux, quelques sanctions, pour tout dire rien. Et c'est toujours au médecin qu'échoit, en définitive, la note, c'est-à-dire l'alcoolique, qu'il est chargé de remettre à neuf, de dégoûter de l'alcool s'il le peut, ou dont il doit débarrasser l'armée s'il ne peut rien en faire d'autre.

La cure de dégoût par l'Antabus devrait résoudre, au moins en partie, ce problème. Elle n'a pas donné, jusqu'à présent, ce que l'on pouvait en attendre.

De quels autres moyens dispose-t-on contre l'alcoolisme ?

A) Epidémiologie de l'alcoolisme.

L'alcoolisme manifeste le pouvoir de se propager dans les collectivités à la manière d'une maladie microbienne. Ce n'est pas seule-

ment une comparaison lointaine, si l'on veut bien considérer à la maladie alcoolique :

- Des sources de contag.
- Des facteurs de diffusion.
- Des sujets réceptifs,

éléments caractéristiques de toute maladie contagieuse.

1° LA SOURCE DE CONTAGE

Ce sont les buveurs eux-mêmes ; leur habitude se répand dans leur groupe professionnel ou familial.

Est-ce la suggestion de l'obligation sociale et traditionnelle, du désir d'être imité ou d'imiter ; est-ce le prestige de l'âge, du grade, de l'expérience, ou quelque affinité plus profonde ?

Un fait est certain : un officier ou un sous-officier buveur n'engendre pas la tempérance dans son unité ; de plus, là comme dans les autres épidémies, « le porteur sain », celui qui « boit sec » sans être jamais malade, est le plus contagieux.

2° LES FACTEURS DE DIFFUSION

C'est tout ce qui contribue à favoriser ou à satisfaire l'habitude de boire.

En France, tout le monde boit peu ou prou, par tradition, cela n'étonne personne. L'alcool est un symbole social, une marque de politesse. Dans tous les milieux, il joue un rôle quasi-magique et irremplaçable de rapprochement entre les individus ; sa forme seule change avec les classes : ici le « canon », là les cocktails, mais il est partout.

Le nombre des buveurs confère à l'alcoolisme un autre caractère de maladie contagieuse : c'est, en plus du pouvoir de la drogue elle-même d'appeler la foule, en plus de la contagiosité propre de chaque individu, et de la somme de ces contagiosités, l'apparition d'une contagiosité du *groupe* : on boit en France parce que *tout le monde* boit, et, le voudrait-on, on ne pourrait pas faire autrement.

Savoir boire est un signe de santé et de virilité et l'on n'a que mépris pour « les petites natures » qui ne supportent pas l'alcool ou

qui ne veulent pas en boire. Mieux encore, l'alcool et spécialement le vin, passent pour une source de force et de longue vie.

Ce ne sont certes, ni les producteurs ni l'Etat lui-même, qui détromperaient le public ; les stocks sont là, il faut que quelqu'un les boive, comme le rappelle sans cesse la voix de la publicité ; ne pas boire est une attitude anti-nationale.

Désireux de satisfaire en tous lieux leur clientèle altérée, les cafés grimpent sur les sommets, vont s'isoler dans une île, et ne voient pas, maintenant, ce qui est plus grave, des débits roulants à la sortie des usines ?

Bref, il faut que la moindre tendance à boire puisse être satisfaite. On dirait que le but de la vie sociale est de boire et de faire boire de l'alcool.

Dans l'armée, dont les membres et les habitudes s'échangent avec le milieu civil, les conditions énumérées jouent également. Mais d'autres sont proprement militaires, et c'est en ce sens que l'armée est un milieu très alcoolisé : la moindre habitude de boire sera entretenue et développée, sans que rien l'arrête.

Les foyers et mess, installés à l'intérieur des unités, vendent dans leur bar tous les alcools désirables, à *prix réduits*.

Ceci est d'ailleurs explicitement autorisé :

« Les foyers militaires sont autorisés à vendre... (divers objets)... ainsi que des boissons y compris les boissons alcoolisées, apéritifs et liqueurs, sous les réserves suivantes : (interdiction d'emporter, instructions précises du Commandement et prix homologués). »

« Le médecin du corps vérifie fréquemment la qualité des denrées mises en vente. » (Action sociale des F.A. n° 106, A.S.F.A./E.D./I. 18 novembre 1952, « B.O.P.P. » n° 48, pp. 3.418.)

Pour justifier ces sources supplémentaires d'alcool, instituées alors même qu'on prescrit au médecin de faire de l'anti-alcoolisme (moralisant et platonique), on invoque les bénéfices des foyers ; puisqu'ils sont affectés à des œuvres sociales ou charitables, que peut-on leur reprocher ? Ces arguments à courte vue rappellent les « revenus » de l'Etat sur l'alcool.

Il existe dans l'armée des conditions que l'on peut ranger sous la rubrique :

Désocialisation, entendant par là tout ce qui contribue à faire vivre le soldat dans une atmosphère d'inhospitalité, d'abandon moral et de provisoire.

Il en est ainsi des *casernements* qui, dans la plupart des cas, en France, sont construits et entretenus sans aucun souci, non seulement d'agrément ou de bien-être, mais parfois même d'hygiène.

On a l'impression que l'architecture, là comme en d'autres cas, concrétise et fixe ce que doivent être le niveau et le genre de vie d'une catégorie d'individus.

Dans des conditions débiliterantes par elles-mêmes, les loisirs inoccupés, laissés à l'initiative de chacun, c'est-à-dire des plus bruyants en définitive, donnent libre cours à la contagion de l'exemple. Le comportement du plus grand nombre, surtout répondant à des habitudes passe-partout, et faciles, prévaut et entraîne les hésitants.

Le groupe use de son pouvoir contre l'individu.

Que dire d'autres éléments qui, d'une manière quelconque, contribuent à étriquer la vie du soldat : dépaysement, isolement, mauvaise nourriture, solde qui laisse peu de possibilités ?

Quand survient la guerre, nul ne pense plus à l'alcoolisme ; on n'entend pas se priver du « doping » et surtout de l'anesthésique qu'est l'alcool : anesthésique à la douleur, au cafard, à la sensibilité, au scrupule. La « gnole » fait partie de la dotation de toute unité sur pied de guerre. Nous avons vu un Bataillon Médical, remarquablement organisé, prêt à partir en six heures, où les bouteilles attendaient le signal, à côté des postes de radio et des troussees chirurgicales.

La récente guerre d'Indochine nous a rappelé à quel point l'alcool (rhum, pastis, vin concentré à 22°) s'imposait partout. Dans certains convois de rapatriés sanitaires, arrivant à l'Hôpital Militaire Desgenettes, plus de la moitié des malades étaient des alcooliques, destinés au psychiatre le plus souvent.

Il faut remarquer que nombre d'entre eux avaient « importé » en Extrême-Orient leur habitude de boire. Leur équilibre y avait alors rapidement succombé.

3° LA RÉCEPTIVITÉ DES SUJETS

Qu'est-elle ? Pourquoi certains buveurs présentent-ils des troubles alors que d'autres n'en présentent pas ?

Autant de questions irrésolues, et qui sont du domaine du médecin et du biochimiste.

Du point de vue épidémiologique, où nous nous sommes placés, ce que l'on cherche à connaître, c'est le nombre des malades de l'alcoolisme et l'évolution globale de la maladie alcoolique. La pathologie alcoolique est alors représentée par les graphiques d'hospitalisation et de décès pour alcoolisme.

Voici quelques chiffres à titre d'illustration :

Morbidité par cirrhose (Hôpital Bichat) :

1946 : 3	1950 : 27
1947 : 4	1951 : 35
1948 : 10	1952 : 24 pour le premier
1949 : 23	semestre.

Entrée en hôpitaux psychiatriques :

Actuellement environ 24 % des entrées pour les hommes.

Mortalité par cirrhose : pour 100.000 hommes âgés de 20 ans et plus.

1935-36 : 44	1948 : 24,6
1945 : 22,6	1949 : 29,5
1946 : 17,8	1950 : 36,3
1947 : 19,8	1951 : 44

Voici des chiffres proprement militaires :

a) HOPITAL MILITAIRE DESGENETTES :

1° Service de Médecine Générale :

	1951	1952	1953
Entrées :	1 728	1 890	1 765
Cirrhoses confirmées : (P-B du foie)	39	50	20
Dyspepsies :	38	21	15
Total des alcooliques :	77	71	105

2° Service de Neuro-Psychiatrie :

	1951	1952	1953
Entrées :	979	1 143	1 214
Alcooliques certains :	23	34	106
Alcooliques probables :	18	24	52
Alcooliques possibles :	2	5	7
Total :	43	63	165

b) VAL-DE-GRACE :

Service de Neuro-Psychiatrie.

Admissions pour alcoolisme :

1936 à 1938 : 24 à 25	1950 : 102
1947 : 30	1951 : 126
1948 : 70	

B) On boit moins et il y a plus d'alcooliques.

Cette *réceptivité* se modifie-t-elle ?

Oui, si l'on en croit l'augmentation incessante depuis la guerre, des hospitalisations pour l'alcoolisme.

Faut-il en déduire que l'on boit plus en France ?

Paradoxalement, il semble bien qu'en réalité, on boive moins qu'autrefois :

« Cette consommation globale paraît bien avoir diminué depuis une dizaine d'années, surtout peut-être chez les jeunes, mais cela ne correspond pas à une diminution nécessairement parallèle de l'alcoolisme. Il peut ne s'agir que d'une atteinte de la consommation familiale légitime touchée par la diminution du pouvoir d'achat de la classe ouvrière et de la classe moyenne.

On s'expliquerait alors que les méfaits de l'alcoolisme continuent à progresser, comme ils paraissent bien le faire, malgré une diminution de la consommation globale moyenne des boissons alcoolisées. »

« Ces chiffres (des hospitalisations en hôpitaux psychiatriques) rejoignent ceux que nous avons trouvés pour les cirrhoses du foie. Ils montrent que, non seulement les grandes maladies alcooliques ont

repris leur essor une fois levées les restrictions du temps de guerre, mais encore qu'elles ont dépassé leur niveau d'avant-guerre.

Cette progression continue de l'alcoolisme est un phénomène remarquable. »

(Dr. May. Rapport au Conseil Economique, Janvier 1954, p. 174-177.)

Notons qu'à Lyon, dans sa clientèle essentiellement ouvrière, le Dr. Réquet constate une augmentation des malades de l'alcool, mais fait notable, *ce sont dans l'ensemble des gens qui boivent assez peu.*

Comment expliquer ce fait étrange ? Faut-il admettre *une augmentation de la sensibilité globale des individus à l'action de l'alcool ?*

On ne sait. Il semble en tout cas possible que la baisse du facteur tolérance devienne, dans l'avenir proche, le problème essentiel de l'alcoolisme.

C) Aspect de la lutte.

Elle s'attaque aux différentes conditions du schéma épidémiologique.

Aux buveurs, sources de contag, on peut essayer de faire perdre leur habitude de boire. C'est à cette action que s'attache surtout toute une propagande de caractère moral et sanitaire ; par le spectacle des ravages de l'alcoolisme, de la déchéance et de la misère qui l'accompagnent, elle tente de détourner de l'alcool ceux qui lui doivent leur malheur, et aussi les jeunes qui ne boivent pas encore.

Cette propagande a sans doute une certaine action, difficile à chiffrer.

Appliquée aux facteurs de diffusion, la lutte contre l'alcoolisme en France se donne pour but la diminution de la production et de la consommation par la voie législative.

En dépit des efforts louables des sociétés anti-alcooliques, cette forme de la lutte s'est révélée inefficace. La raison en est que trop d'intérêts ont leur mot à dire dans l'élaboration et l'acceptation des lois, et leur « veto » arrêterait tout projet dangereux.

Il semble qu'on ne tolère qu'une action de façade qui ne menace

personne. La preuve en est le silence où tombent les innombrables vœux de l'Académie de Médecine ou du Comité National de Défense contre l'Alcoolisme.

On peut songer à diminuer la réceptivité des buveurs en supprimant non plus leur habitude, mais leur *intolérance* à l'alcool.

Rien n'existe dans ce sens, mais l'épidémiologiste serait tenté en dehors de toute considération morale, par la découverte d'une drogue ou d'un vaccin permettant de boire de l'alcool sans jamais risquer de troubles pathologiques.

D) Le rôle du médecin.

Quand intervient-il ? Quand le buveur est malade, donc non plus à titre prophylactique, mais à titre curatif.

Sur quoi peut-il agir ?

Sur les deux composantes de la réceptivité :

— L'intolérance à l'alcool.

— La persistance de l'appétence pour l'alcool, malgré les dangers les plus imminents.

Contre l'*intolérance* elle-même, le médecin est désarmé et pratiquement, ce n'est qu'à l'*habitude de boire* que nous pouvons nous attaquer.

Les traitements modernes (cure de dégoût), sont orientés dans ce sens. Leurs résultats sont très encourageants, et l'on peut dire que c'est la voie la plus sûre de tout l'anti-alcoolisme.

Leur succès a révélé en effet une réalité capitale : c'est qu'un buveur guéri est le plus farouche et le plus efficace des prosélytes dans cette lutte. Et c'est pour nous une conviction que la prophylaxie de cette maladie sociale est du ressort de ces anciens malades.

Dans l'armée.

Quel est, dans l'armée, le résultat des cures de dégoût (Antabus) ?

Il est très décevant. Dans la récente enquête à laquelle nous avons participé dans le Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes, nous avons relevé un dixième de succès environ.

D'où le scepticisme de beaucoup de médecins non psychiatres.

Mais ce scepticisme a sûrement une responsabilité dans les échecs ; dans l'armée, plusieurs médecins doivent intervenir pour assurer le succès d'une cure : encore faut-il qu'ils y croient et en connaissent les modalités pratiques.

Il faut se rendre à l'évidence : en l'absence de vaccin, en l'absence de traitements puissants des manifestations ultimes et fatales de l'alcoolisme, seule la cure de dégoût peut sauver les buveurs à la limite de leur tolérance.

Peut-on déshabituer de boire tous les buveurs ?

Quelles conditions doit remplir une cure d'Antabus pour être efficace ? Peut-on réaliser ces conditions dans l'armée ?

CHAPITRE II

LES CONDITIONS DE LA CURE DE DEGOUT

Les résultats en milieu civil sont encourageants.

Nous aurons en vue ceux des cures pratiquées depuis 1949 par le Docteur Réquet dans son Service Libre de l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier.

Nous ferons mention d'un travail, non encore publié, portant sur une expérience de 534 buveurs.

Définir les critères de guérison n'est pas chose facile ; certes l'abstinence totale est le plus sûr. Peut-être existé-t-il des buveurs traités qui supportent un peu d'alcool, sans avoir tendance à en augmenter la dose. On a de bonnes raisons de penser que cet état de demi-abstinence n'est que transitoire, car l'ancien buveur est plus sensible à l'alcool que lorsqu'il a commencé à boire.

En fait, le critère de la stabilisation est la *réadaptation sociale*, et on peut parler, si elle est conservée, de guérison, même en cas de rechutes à intervalles éloignés (un an ou plus), rechutes qui ont été reprises et traitées.

Il est bien difficile, sur ces bases où trop d'éléments qualitatifs interviennent, de chiffrer les succès. On peut tout de même les estimer à plus de la moitié des cas traités, quand le médecin s'en donne la peine.

A) Historique de l'expérience.

Lorsqu'apparut l'Antabus, en 1948, on crut que personne ne pourrait plus boire et que l'alcoolisme était vaincu. Mais, bien vite, on s'aperçut de la nécessité de compter sur la volonté du buveur à

qui il ne suffisait pas de donner quelques comprimés pour que fussent réglés ses problèmes personnels et qu'il devint sobre ; l'on apprit ainsi que ceux qui venaient à l'Antabus formaient un groupe à part, où chacun était tributaire de situations familiales, professionnelles et sociales qui imprégnaient sa vie d'un caractère de drame et de malheur.

L'Antabus n'était qu'un tremplin, il n'était rien sans psychothérapie, sans connaissance et compréhension du buveur.

Enfin, l'expérience enseigna que, dans une société où boire est une obligation, l'ancien buveur, contraint à la sobriété, était un véritable infirme ; à ce titre, il était justiciable d'une réadaptation, d'une rééducation exigeant un milieu spécial : le groupe de buveurs tout-venant devait devenir un groupe cohérent d'anciens buveurs où chacun pût trouver la compréhension et l'appui que nécessitait son nouvel état. Sa resocialisation s'en trouvait facilitée, d'autant plus qu'apparaissait en lui un nouveau prosélytisme orienté vers l'aide des autres alcooliques.

B) Le buveur psychiatrique.

DÉFINITION : QU'ENTEND-ON PAR LA ?

Un buveur qui ne supporte plus l'alcool, qui en boit quand même, et que son intolérance conduit au psychiatre, soit pour des manifestations psychiatriques patentes, soit, plus souvent à cause de comportements anormaux dans les domaines familial, professionnel ou social.

De tels malades se sont révélés très nombreux depuis l'apparition du traitement de l'alcoolisme par les cures de dégoût (Antabus).

S'ils y sont venus, c'est parce que l'Antabus a fait naître parmi eux un immense espoir ; ne plus boire, c'était la seule manière de briser le cercle infernal dans lequel leur vie ne pouvait aboutir qu'à malheur et destruction.

En approfondissant cette vie, on est frappé d'y rencontrer une succession ininterrompue d'événements, de « situations psychiatriques » (Dr. Réquet) qui lui donnent une couleur particulière, et auxquelles on ne saurait donner une interprétation causale simple.

Elles apparaissent comme des reliefs dans le déroulement d'une

vie, comme des symptômes d'une personnalité. Le contenu de cette personnalité, de cette « identité », ne se révèle pas chez un individu isolé, mais seulement dans la perspective globale, dans l'étude statistique, que permet au psychiatre le grand nombre de ces buveurs.

Il reste que la notion de cette personnalité, abstraite et aujourd'hui encore inapplicable à un individu donné, ressort spontanément de l'observation des faits.

ANALYSE DES FAITS RENCONTRÉS

Le buveur peut être amené ligoté, agité et dangereux, ou venir de lui-même plus ou moins volontairement.

1° *Le buveur est amené de force.*

Les troubles manifestes qu'il présente alors peuvent être :

a) *Le Delirium Tremens.* Malgré son allure de drame mental aigu, il évoque plutôt une catastrophe biologique qu'une manifestation psychiatrique proprement dite. Il fait bande à part, et on le trouve rarement associé aux événements, au contraire souvent groupés entre eux, qui émaillent la vie du « buveur psychiatrique ».

Le Delirium Tremens ne se voit, en effet, que chez les alcooliques de longue date, guère avant quarante ans, buveur de vin.

Leur détérioration biologique n'est pas nouvelle. Depuis longtemps les pituites et l'anorexie ont fait leur apparition.

Ce sont des sujets affaiblis, qui ne mangent plus, mais boivent en compensation. Ils n'ont pas résisté à une cause déclenchante telle que traumatisme, infection ingestion massive d'alcool, ou, plus rarement, sevrage brutal.

Par contre, on ne retrouve pas, en général, chez ces malades, de troubles du comportement. Ce sont de bons et francs buveurs, qui ont peut-être eu quelques ivresses banales, mais rien d'effrayant ni de menaçant jusque là. Après guérison de l'accès aigu, ils sont le plus souvent, absolument normaux, seulement un peu plus sensibles à l'alcool.

Enfin, leur âge (autour de quarante ans), s'éloigne de celui où viennent le plus souvent les buveurs psychiatriques (autour de trente ans).

b) *L'ivresse pathologique*. Violence spontanée, parfois mégalomanie, amnésie totale, la distinguent de l'ivresse banale.

La violence est caractéristique : elle est tournée contre les personnes proches du sujet, contre les objets qu'il brise. Elle prend parfois la forme d'excitation sexuelle.

Elle survient surtout chez les buveurs intermittents, qui boivent peu, mais ne peuvent pas absorber une goutte d'alcool sans devenir littéralement fous.

Chez le jeune et chez l'adulte, elle n'a pas tout à fait la même allure. Chez le premier, on trouve souvent une hérédité ou un milieu familial anormaux (défection parentale, parents séparés, puis remariés, chacun de son côté). Chez le second, existent fréquemment des anomalies fonctionnelles cérébrales.

Voici un exemple d'ivresse pathologique, rapporté par le Médecin-Colonel Gauthier : (Les psychopathies éthyliques en milieu militaire et leurs conséquences médico-légales.)

Il s'agissait d'un jeune soldat qui ne buvait pas parce qu'il connaissait sa sensibilité à l'alcool.

Un dimanche soir, ses camarades l'avaient entraîné à boire.

B... avait pu cependant regagner le quartier et gardait la vague notion de son retour à la chambrée. Là, s'arrêtaient ses souvenirs et il avait été surpris de se réveiller dans une chambre d'un hôpital inconnu. C'était, en effet, en pleine période de sommeil comateux que nous avions eu à le voir pour la première fois. Son dossier indiquait qu'il avait subitement présenté une agitation motrice avec tendance destructrice. Il avait bouleversé le mobilier de la chambrée et n'avait paru entendre aucune des paroles de ses camarades ou de ses chefs. Armé, il s'était d'ailleurs précipité sur eux et un drame n'aurait probablement pas été évité, si huit hommes résolus n'avaient réussi à le maîtriser. Cette crise excito-motrice avait duré trois heures.

C'est cette ivresse pathologique (« folie alcoolique » des journalistes) qui alimente en drames les faits divers des quotidiens.

c) *Epilepsie*. Certains alcooliques font des crises convulsives déclenchées par l'absorption d'alcool, en général au réveil d'une ivresse. S'ils ne boivent pas, ils n'ont pas de crise : leur électro-encéphalogramme est normal. D'autres fois, il s'agit d'épileptiques qui deviennent alcooliques et dont l'électro-encéphalogramme est perturbé. Les crises ne sont pas toujours typiques, et il faut considérer

comme des équivalents, les états crépusculaires à caractère défensif, et les énurésies qu'il ne faut pas oublier de rechercher.

Ces notions imposent l'électro-encéphalogramme, de même que des antécédents tels que convulsions de l'enfance, gros choc traumatique ou même émotionnel. Le buveur épileptique doit être soigné pour ses deux affections.

d) *La démence alcoolique*, grave détérioration cérébrale, offre le tableau d'une profonde déchéance intellectuelle :

« Ce sont des individus qui ne tiennent plus debout, bredouillant, apraxiques, gâteux, avec d'énormes troubles de la mémoire camouflés sous d'imperturbables confabulations et par une pitoyable euphorie. » (Dr. Réquet : l'alcoolisme psychiatrique dans le prolétariat masculin.)

Le pronostic de ces états est mauvais. Lorsqu'avec des soins, le malade ne meurt pas, c'est pour se heurter à une impossible réadaptation sociale : ce sont des malades d'asile, ou, s'ils sortent, des épaves vouées à la cloche ou au suicide.

En voici un exemple :

V... Joseph : Défection parentale. Situation familiale complexe : un fils délinquant, sa sœur a des troubles du comportement, sa femme était de l'Assistance Publique.

Examen : affaiblissement intellectuel, euphorie, troubles du jugement et de l'attention, mémoire défaillante, dysarthrie, peu désorienté mouvements mal adaptés, perd la notion de ce qu'il est en train de faire : par exemple, ne réussissant pas à mettre ses vêtements, les prend sous le bras et s'en va ; réflexes tendineux vifs, pupilles paresseuses en myosis.

Sérologie spécifique négative.

Après traitement, bonne récupération. Le malade a repris sa vie normale.

P... Claudius. — A l'examen : idées mégalomaniaques (père du Président de la République, Maréchal de France).

Irritabilité, désorientation dans le temps.

Sérologie spécifique négative.

Après traitement, amélioration, seulement un peu irritable parce qu'on ne lui donne pas de vin.

e) *Leur état mental* révèle parfois un fonds psychotique ou névrotique, dont le fait de boire est un symptôme. Ce sont alors des buveurs intermittents : lorsqu'ils s'y mettent, ils boivent des jours et des nuits jusqu'à tomber d'épuisement. Rendent la vie des leurs impossible,

coutumiers de manifestations 'théâtrales (désespoir, faux suicide), tour à tour, pleins du désir de se faire traiter ou ivres-morts, ce sont de mauvaises indications de la cure.

2° *Le buveur vient de lui-même.*

Plus ou moins spontanément, seul ou poussé par sa femme, ou encore mis en demeure par son patron, volontaire pour la cure ou demi-prêt à l'accepter, il vient au psychiatre parce qu'il sent que sa vie s'écroulera s'il continue à boire, et qu'il ne peut pas s'arrêter seul. Il n'est plus libre de se passer d'alcool. A la moindre absorption, des troubles du comportement éclatent, dont le premier est « la perte du contrôle » de sa consommation (Jellinek). Après le premier verre, il ne peut plus s'arrêter. Cela l'inquiète d'autant plus que, fait remarquable, il devient de plus en plus sensible à l'alcool, et que, paradoxalement, cette perte de contrôle survient pour des quantités de plus en plus faibles. Il est véritablement « trahi par son verre de vin » (Dr. Réquet), ami fidèle jusqu'alors, et qui le révèle brusquement à lui-même comme un homme dangereux ou considérablement amoindri. Les petits signes d'imprégnation éthylique sont fréquents, alors que les manifestations viscérales (hépato-digestives, vasculaires ou nerveuses), se voient rarement chez les buveurs psychiatriques).

Il convient de bien noter, en effet, que ces gens qui viennent au psychiatre, présentent très rarement des affections neurologiques caractérisées.

C'est une autre classe de malade, dont le comportement quand ils ont bu est incompatible avec la vie sociale.

3° *L'histoire des buveurs psychiatriques.*

Elle est facile à caractériser : alors que l'interrogatoire psychiatrique d'une cirrhose, d'une polynévrite, d'un Korsakoff, durera quelques instants, c'est un entretien d'une heure, plusieurs fois répété, qui sera nécessaire pour parcourir le dédale des situations familiales extraordinaires des ascendants, du sujet et de sa femme, pour connaître la succession de catastrophes, de drames épuisants, de gestes de désespoir, d'échecs et d'incompréhensions dont est tissée la vie des buveurs psychiatriques.

a) *L'hérédité* de nos buveurs est rarement indemne d'une tare mentale ou alcoolique, qu'elle se situe chez ses parents directs, ses grands-parents, ou sur quelque rameau plus éloigné de son arbre généalogique.

Cette *génotypie* pathologique s'est montrée 388 fois chez nos 534 buveurs (dont 209 fois, hérédité alcoolique). De cela, on ne s'étonne pas trop ; mais, un autre fait s'est imposé par sa fréquence dans les observations, c'est le *génotropisme pathologique* : non content de son hérédité propre, souvent, le buveur va choisir une femme dont la génotypie ressemble à la sienne, par la présence de maladies mentales ou d'alcooliques. Pourquoi ce choix, pourquoi cet homme réalise-t-il inconsciemment une situation fréquente chez ses semblables, et qui parfois reproduit une situation vécue par ses ascendants ou ceux de sa femme ? Quoiqu'il en soit, nous constatons ce fait qui s'est retrouvé 175 fois sur 534.

Voici un exemple de ces situations :

Jean C..., 37 ans, homme de peine sur les quais, a vu un article d'A.I.D.E.S. dans la presse et vient volontairement.

Défection paternelle. Père buveur, mort d'urémie quand le malade avait 12 ans. Elevé par la mère, qui ne se remarie pas.

Génotype : grand-mère paternelle internée à Bourg. Tante paternelle soignée à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier. Cousin germain interné à Bourg (ce cousin est le frère d'un malade soigné également dans le service à la même époque).

Génotropisme : un grand' oncle paternel de la femme s'est suicidé par noyade ; il buvait. La femme est fille de cousins germains, avec défection maternelle : n'a pas connu sa mère, morte quand elle avait deux ans. Elle-même a dû être soignée dans un service psychiatrique.

Un autre exemple :

« Auguste B..., marié pendant douze ans avec une ancienne divorcée dont le frère est mort aliéné à Bourg. Le fils de celui-ci a été soigné par un psychiatre. Doit épouser une divorcée avec trois enfants, soignée par un psychiatre pour maladie nerveuse. »

(Dr RÉQUET).

Il n'est pas rare que l'entretien avec le couple, même quand le buveur semble normal, révèle que la femme qu'il s'est choisie, « nerveuse », dit-il, soit une psychopathe ou une névropathe. Son hérédité n'est d'ailleurs, en général, pas indemne. Nous lisons sur une observation :

« Quoique très déchu en apparence (sale, odeur d'alcool), donne l'impression d'être plus normal que sa femme ».

b) *Le déroulement de la vie du buveur* depuis sa naissance est une accumulation de situations anormales, d'événements dramatiques, de choix ratés.

C'est ainsi que se révèlent des carences ou des monstruosité du milieu familial, des échecs sur tous les plans, mariage, profession.

1° La défection parentale dans l'enfance et l'adolescence peut revêtir tous les degrés :

— Absence totale du père et de la mère par décès, incapacité physique ou psychique.

— Absence de l'un des parents, par décès, séparation, ou incapacité de jouer effectivement son rôle.

— En cas de décès ou de séparation, remariage du conjoint avec lequel vit l'enfant, venue au foyer d'enfants étrangers et naissance de demi-frères et sœurs.

On est obligé, pendant que l'on écoute le sujet, de faire des schémas pour ne pas se perdre dans le dédale de ces situations invraisemblables. On les rencontre actuellement de plus en plus souvent en relation avec le nombre des unions irrégulières et passagères, des séparations, elles-mêmes favorisées par des problèmes matériels dont le plus grave est celui du logement.

L'un de nos malades avait perdu sa mère à un an ; il avait été élevé par sa tante, son père ne s'en occupant pas.

Un autre avait perdu sa mère à six mois, son père s'était remarié avec sa belle-sœur, puis, à la mort de celle-ci avec une veuve. Ce malade ne s'entendait pas avec ces femmes surtout la deuxième.

Un troisième malade (ancien maquisard, puis engagé comme parachutiste), avait perdu son père (buveur) à un an. Sa mère avait ensuite vécu avec un autre homme.

2° *L'échec matrimonial* est, de quelque manière, la non-réalisation d'une union qui satisfasse les aspirations profondes des conjoints ou l'instabilité de cette union.

Il peut s'agir du mariage compromis par le décès de la femme ou l'incapacité de tenir son rôle au foyer, par maladie ou insuffisance psychique. Il peut s'agir d'une mésentente aboutissant à la séparation. Les unions illégitimes, souvent transitoires, plus faciles à

rompre, multiplient ces situations. Les familles trop nombreuses, dans des conditions de vie inhumaines, ont parfois le caractère d'échecs matrimoniaux. Enfin, le célibat prolongé peut se comprendre comme un échec et se présente souvent comme tel.

Nous relevons l'échec matrimonial dans 282 cas sur 534.

Une situation, liée à la précédente, qui nous a intéressé par une certaine fréquence, chez les buveurs (61 cas), est l'*adoption*.

C'est une conséquence de la destruction et des tentatives de reconstitution des ménages, les époux se remariant souvent avec des gens ayant eux-mêmes quitté d'autres foyers. Il y a des aspects divers dans l'adoption : ménages sans enfants qui en adoptent, homme épousant une femme qui lui amène un ou plusieurs enfants (légitimes ou non, d'un ou de plusieurs pères) ou vivant avec elle. Il peut vivre avec ces enfants, les adopter, leur donner son nom.

A des degrés inégaux, c'est une situation écrasante, que nos malades supportent en général très mal.

Voici des exemples : « R... s'est marié une première fois en 1918, il régularise une situation en épousant une femme dont il avait eu une fille. A son retour des armées, il trouve son foyer vide, sa femme est partie. Le divorce est prononcé en sa faveur, l'enfant lui est confiée. Ce n'est pas lui qui l'élève mais la grand'mère de sa femme.

Il a depuis complètement perdu la vie de cette enfant. Il se remarie en 1939, avec une femme divorcée, qui a déjà un enfant légitime (confié au premier mari), et un enfant illégitime, que R... élève.

A son regret, il ne peut pas juridiquement l'adopter et lui donner son nom. Le couple a de plus, un autre enfant de cinq ans. »

Ainsi, souvent ces buveurs psychiatriques reproduisent les situations familiales dans lesquelles ils ont été élevés, et leur descendance aura bien des chances de les reproduire encore de nombreuses fois.

3° *L'échec professionnel* rencontré 217 fois, est l'impossibilité de réaliser une vocation, ou la perte d'un métier par maladie ou chômage. Le plus souvent chez nos buveurs, ce sont des échecs successifs, « en cascade » (161 sur 217), les amenant à des activités de moins en moins différenciées et de moins en moins rémunératrices, jusqu'au chômage et à la misère.

L'aptitude au travail est la pierre de touche du niveau de désocialisation du buveur : c'est le dernier centre de résistance d'une vie qui se désagrège, alors que depuis longtemps la famille et les autres activités sociales n'existent plus. C'est l'atout majeur de toute réadaptation sociale, auquel on peut longtemps se raccrocher, et qui revient le premier après traitement.

Cette particularité est capitale dans l'armée. Pour le Commandement, elle signifie que le sujet est récupérable, même tardivement.

La stabilité professionnelle est pour le buveur militaire traité, une chance accrue de guérison.

4° Plus qu'avant la guerre, *la carence de logement* est responsable de situations dramatiques, d'une véritable « pathologie du foyer », et nous le retrouvons 115 fois sur 534. On n' imagine pas les conditions de vie inhumaines de tant de familles, où, l'exiguïté, l'insalubrité des locaux et l'inconfort sont peut-être encore moins graves que la promiscuité. C'est le milieu le plus favorable à la criminalité sexuelle (inceste), caractéristique des buveurs, et aussi à l'instabilité du foyer, avec l'ensemble des situations qui l'accompagnent.

Voici quelques exemples :

Marcel B... vit avec sa femme et ses six enfants, dans une pièce sans eau, ni gaz, W.-C. dans la cour.

Maurice A... vit dans une pièce avec sa femme et cinq enfants. Buveur solitaire, ivresses à caractère sexuel, alors priapique et exigeant. Sa femme a fini par se refuser : menaces, hurlements, propositions sexuelles dans le taudis, devant les enfants.

On se souvient de l'affaire Variale (journaux lyonnais, 4 novembre 1954) : cinq dans une pièce, tentative d'inceste, ivresses pathologiques. Pour finir, assassinat de deux enfants.

5° La vie de certains de nos buveurs doit au drame dont elle est tissée, un caractère de damnation. Il n'est que de rappeler l'exode de 1940, et d'évoquer les ballottements sans fin qui ont, dès l'enfance, arraché des hommes à leur milieu de vie, pour les jeter sur des routes toujours nouvelles, où ils ont tout perdu : leur famille, leur nationalité, et jusqu'à leur identité, où ils ont connu la détresse d'être entièrement soumis à la pitié comme à la brutalité d'étrangers. Chassés de pays en pays, à travers toutes les frontières d'Europe, à travers les mers, à la poursuite d'un répit et d'une sécurité qui n'étaient pas pour eux, en un mot, arrivés à la « vingt-cinquième heure », ils

n'ont connu que la misère et le provisoire ; et ce sont des épaves d'un autre monde, des morts-vivants séparés des vivants par un mur de verre, que personne ne comprendra plus, que le psychiatre voit venir à lui.

Pour être moins tragique, la situation de ceux qui, après une longue guerre loin de leur pays, coupés de leur famille (tels les combattants d'Indochine) où après une longue captivité, rentrent chez eux, participe au même caractère. Même quand le foyer n'a pas été détruit, ils y sont des étrangers et ne s'y réadaptent parfois jamais à la vie normale. Nous avons rencontré la captivité dans les antécédents 125 fois.

6° Plus encore que le « flirt judiciaire » de celui qui a encouru des condamnations peu importantes mais souvent avec récidives (pour vagabondage, vol, grivèlerie), la situation du clochard l'oppose à la société, en fait un hors-la-loi, un désadapté, plus, un véritable aliéné social. Son état est le plus souvent irréversible, et lorsqu'un buveur se présente ainsi (107 « flirts judiciaires, 54 clochards), il ne faut guère escompter le succès de la cure de dégoût.

7° En marge des éléments de la vie de ces hommes, un point, presque épidémiologique, est notable : la manière de boire. En France, on boit en compagnie (328 cas). Il semble que ce caractère s'accompagne d'un facteur sexuel : le buveur de compagnie a une vie sexuelle réduite, si bien qu'on a parlé « d'homosexuel qui s'ignore » (Dr. Réquet), alors que le buveur solitaire est plus volontiers « priapique », très égoïste dans ses rapports.

Rare est le classique délire de jalousie alcoolique ; il se voit moins chez les premiers, impuissants quoique excités quand ils ont bu, que chez les seconds, dont la femme finit par refuser une telle vie sexuelle.

En groupe ou seuls, ils peuvent encore boire régulièrement ou par intermittence, rejoignant dans ce dernier cas ceux chez qui nous avons parlé d'un fonds psychotique ou névrotique.

Le caractère commun à toutes les histoires de buveurs psychiatriques, celui qui s'impose d'emblée, c'est le malheur, le drame ; ils arrivent à une échéance où ils ne peuvent plus accumuler d'autres misères sans faire la culbute, sans courir à la déchéance irréversible qui ne peut aboutir qu'à la mort. Et, s'ils viennent supplier qu'on les

empêche de boire, c'est parce qu'ils savent que tôt ou tard, un verre d'alcool va déclencher l'ultime catastrophe, ils ont mauvaise conscience, car ils sentent qu'ils en sont responsables.

« Qu'il l'ait voulu ou non, le malheur est sur lui », écrivait un ancien buveur.

4° *Quelle est la valeur de ces faits ?*

Il faut certainement se garder de les interpréter selon une causalité simple, et d'accuser l'un quelconque de ces facteurs, l'échec matrimonial par exemple, d'être la cause directe de l'habitude de boire, car, alors, tous les divorcés seraient alcooliques, ce qui ne se voit pas.

Mais la réapparition fréquente de certains éléments dans le groupe de ces buveurs suggère l'hypothèse qu'il existe entre eux et le fait de boire un déterminisme complexe dont nous ne savons pas actuellement séparer les éléments.

Ces éléments apparaissent alors comme les manifestations d'une personnalité dont le buveur ne révèle qu'une parcelle dans l'instant présent, mais que l'on saisirait peut-être dans son ensemble si l'on pouvait, quittant le plan statique du fait actuel pour une vision dynamique de la destinée de ce buveur, suivre la courbe qui va de son hérité lointain à sa fin, et plus loin même, à sa descendance.

La connaissance de cette personnalité expliquerait alors tous les faits de la vie du buveur, chaque fait expliquant les autres par l'ensemble commun, quel que soit leur ordre respectif d'apparition chronologique ; un événement postérieur expliquant, par exemple, un événement antérieur, par la personnalité qu'ils révèlent ensemble.

C'est à essayer de préciser les contours de cette personnalité, de cette « identité » abstraite, que s'attache une méthode d'études qui se veut statistique, espérant objectiver certaines lois dans le *groupe* de ces buveurs, et non plus exclusivement à l'échelon de l'individu. Certes, ce sondage de 500 cas n'est pas suffisant, mais l'afflux des malades permettra un jour un travail plus important et plus significatif.

Dans le plan individuel de la vie du buveur, il semble y avoir un destin, une intentionnalité de *destruction* de la famille, des appuis professionnels et sociaux de l'individu, enfin de lui-même lorsqu'il a achevé sa désinsertion sociale.

Y a-t-il autre chose dans les ivresses pathologiques de certains hommes jeunes, qui savent que leur situation va être aggravée s'ils boivent une goutte d'alcool, et qui pourtant iront tout droit vers cette « solution à leurs problèmes » ?

Cette destruction est dirigée tout d'abord et électivement vers la famille, dont la vie n'est plus possible bien avant que le rendement professionnel présente le moindre fléchissement, et dont la disparition accélère la dégringolade du buveur, jusqu'à sa destruction propre.

Pouvons-nous, après l'étude de la notion de buveur psychiatrique, donner sur ce terme d'autres précisions ?

Nous avons vu qu'il était caractérisé par l'imminence d'une catastrophe, qui l'amenait au psychiatre. On peut ajouter que, bien qu'elle soit surtout l'expression de comportements alcooliques, et ne préjuge pas des troubles viscéraux que peut présenter le sujet, il semble que cette notion recouvre une véritable forme clinique, celle qui encombre les colonnes de journaux, et que ces gens présentent rarement associés, et des troubles du comportement et des manifestations viscérales profondes.

Pour apparaître, une cirrhose, une polynévrite ou des troubles vasculaires, demandent certains facteurs biologiques, probablement d'autres situations que celles des buveurs psychiatriques et des années d'imprégnation : ces troubles n'apparaissent guère avant quarante ans.

Bien au contraire, les troubles graves qui conduisent l'individu à la destruction de ses soutiens sociaux et de sa vie même, commencent tôt, et l'on voit ces malades aux alentours de trente ans, avec peu, et parfois pas, de signes d'imprégnation viscérale.

Ces gens boivent peu ; ils ne supportent plus une goutte d'alcool.

En réalité, on voit des buveurs psychiatriques avec des troubles viscéraux, mais ils ne sont pas tellement nombreux qu'on ne puisse retenir cette distinction, et, le plus souvent, le problème thérapeutique est d'abord psychiatrique : c'est d'obtenir le dégoût de l'alcool.

En fait, cette cure de dégoût est nécessaire, mais pas suffisante.

Il faut de plus une *réadaptation* du buveur, et on ne doit jamais oublier qu'un buveur n'est *jamais guéri*, mais toujours en imminence de rechute : son traitement doit être poursuivi indéfiniment, et la psychothérapie y joue un rôle fondamental.

C) Quelle est la conduite du traitement ?

1° *La psychothérapie.* En l'espèce, c'est le contact qui s'établit entre le médecin et le malade, et qui ne devra jamais se relâcher aussi longtemps que celui-ci en aura besoin. Sa base est la compréhension de tous les problèmes du buveur, pas seulement d'une manière intellectuelle, mais en essayant de les résoudre concrètement. L'efficacité du couple médecin-malade est fonction de sa fidélité.

Dès le premier contact, avant la cure, le buveur doit sentir que ce n'est pas en vain qu'il a crié au secours, et qu'on est prêt à le considérer comme un homme, sans le juger ni lui faire de morale.

Ce sont là les meilleures conditions pour qu'il accepte la cure et la fasse bien, s'il comprend que tout ce que l'on veut, c'est l'aider à rompre le cycle infernal dont il ne peut sortir seul.

La cure volontaire ou du moins librement acceptée, est un gros atout. Le second, non moins important, est la solidité des appuis familiaux. Quand la femme n'a pas abandonné son mari, qu'elle veut participer à le sauver, et qu'elle comprend son rôle, le pronostic est bon. Il est mauvais lorsqu'il n'y a pas de femme ou que son action n'est pas possible, par incapacité physique ou intellectuelle. D'où la règle absolue de ne pas voir le buveur seul, mais avec sa femme, ou à défaut, quelque autre membre de sa famille.

L'indication de la cure étant posée (sujet volontaire, bonne structure familiale), et ses contre-indications médicales éliminées (cardio-vasculaires en particulier), elle commence par l'*hospitalisation* du malade. Ce point est encore discuté ; peut-être d'autres alcooliques peuvent-ils bénéficier de la cure ambulatoire ; il y a tout avantage à hospitaliser les buveurs psychiatriques, et plus, dans un service spécialisé. C'est là qu'ils forment pour la première fois un groupe qui ne boit pas, et l'expérience prouve que cela leur est salubre. Ils font connaissance de leur alcoolisme à travers les autres, et une camaraderie naît, qui est la base de la société de buveurs guéris. Et puis, c'est seulement au cours d'une hospitalisation que l'on peut pratiquer tous les examens préalables nécessaires, et aussi que la psychothérapie, par des contacts plus fréquents prendra tout son sens, profitant de la rupture faite dans les habitudes de vie du sujet.

Enfin, l'expérience récente a révélé l'intérêt, chaque fois que c'est possible, de donner du travail aux buveurs en cure. Ils l'accep-

tent très bien, en général ; lorsqu'au contraire, un sujet est réticent, le pronostic n'est pas bon, car le travail est la base de la récupération sociale.

De plus, alors que les malades en cure maigrissaient toujours autrefois, on les voit engraisser maintenant qu'ils s'occupent.

Après préparation (vitaminothérapie), la cure de dégoût (dont la technique varie suivant les auteurs) aboutit, en trois semaines en moyenne, et dans presque tous les cas, à l'inappétence totale pour l'alcool.

L'ancien buveur retourne alors à la vie sociale.

Très rapidement, on s'est rendu compte que le vrai problème commençait à ce moment-là, lorsque l'individu était repris par son milieu de vie. Alors « l'isolé est perdu » (Dr. Réquet). Celui qui a gardé une structure familiale et professionnelle peut, avec l'aide de sa femme et du médecin (poursuite externe de la cure, visites fréquentes) faire les frais de cette pénible réadaptation. Encore n'est-ce pas toujours suffisant, et tous ceux qui, nombreux, n'ont pas de véritable foyer, manquent de cet appui, et ont tôt fait de rechuter.

La société de buveurs guéris, née de la fraternité de l'hôpital, a répondu à un besoin de ces hommes : trouver un milieu où on ne boive pas, et où, en même temps ils soient compris. C'est pourquoi ils se sont groupés en société (A.I.D.E.S. : Association Indépendante D'Entraide Sociale). Là, toute défaillance est épaulée, et, pour les faibles, c'est un gage précieux de persévérance. Les forts soutiennent les autres et c'est un gage de salut : « C'est en s'occupant d'alcooliques que l'alcoolique se guérit ». (Dr. Réquet)

L'importance du groupe est aujourd'hui soulignée par la plupart des auteurs. Il doit bien répondre à un besoin, puisque partout sont nées des sociétés d'abstinence qui, sous des principes différents (Alcoholic Anonymous, protestant, en Amérique, Croix Bleue protestante, ouverte à tous, Croix d'or catholique en France), s'adressent à l'ancien buveur. Leur point commun est l'abstinence totale ; c'est en effet, en même temps que le critère le plus sûr de la guérison, sa meilleure garantie ; l'unanimité est à peu près complète sur ce point, que les buveurs guéris sont les premiers à souligner : ils ne doivent plus boire une goutte d'alcool sous quelque forme que ce soit, sous peine de s'exposer aux rechutes.

La plupart des sociétés d'abstinence, dont certaines sont très anciennes, s'adressent à tous, sobres et anciens buveurs, d'un point de vue moral. Certaines d'entre elles tendent, à la lumière de la connaissance récente de l'alcoolique, à prendre une forme unique où à côté de l'appui spirituel et psychothérapique du groupe d'anciens buveurs, prendrait place un dispensaire pour suite de cure.

Le projet de post-cure présenté par le Docteur Réquet (communication à la commission d'action sanitaire et sociale. Séance du 9 juillet 1954), en est un exemple.

Ce projet prévoit :

1° Le groupe d'anciens buveurs qui reçoit celui qui sort de l'hôpital, et le met en rapport, par le service social, avec d'anciens buveurs de son milieu de travail ou de son quartier. Des groupes de noyautage peuvent ainsi se former ; d'autre part les membres gardent le contact avec l'Association, et par là, avec les services hospitaliers où ont lieu les cures.

2° Un dispensaire avec service médical, affecté à la suite de la cure et à la surveillance périodique, où la psychothérapie puisse prendre son sens de contact permanent. Le médecin ne dirige pas, il est là en conseiller.

3° Un service social qui, en plus du rôle que nous avons mentionné, s'occupe des problèmes ardu du logement et de l'embauche.

4° Un service statistique, qui puisse utiliser les connaissances qu'apporte le nombre sans cesse croissant des buveurs qui viennent se faire traiter.

Il semble qu'une telle organisation permette à la fois de répondre aux besoins individuels de chaque buveur et d'assurer sur le plan social la prophylaxie de la maladie épidémique qu'est l'alcoolisme. Les dispensaires doivent être nombreux car l'alcoolisme en France, c'est la masse prolétarienne, la masse des buveurs de vin.

Le buveur doit rester attaché au groupe et au médecin car on ne doit jamais le considérer comme guéri, mais en puissance de guérison et aussi de rechute, et on peut affirmer actuellement qu'il n'y a pas de cure de l'alcoolisme chronique sans la Société d'Anciens Buveurs.

« Les dispensaires anti-alcooliques doivent être d'une très grande utilité pour assurer la surveillance du traitement médicamenteux de l'alcoolique sorti de l'hôpital et surtout pour mener à bien une bonne psychothérapie. L'action du Service Social et le dynamisme des assistantes sociales aideront le psychiatre. »

(Dr. Charlin. Rapport du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Liège, Juillet 1954.)

Dans le cadre de la prophylaxie, un fait capital est apparu : alors que le buveur est la source de contagion la plus malfaisante, dans l'épidémiologie de l'alcoolisme, l'ancien buveur guéri est l'agent de propagande anti-alcoolique le plus convaincu, le plus authentique et le plus efficace. Son action n'est peut-être pas spectaculaire mais elle est la plus profonde, par l'exemple qu'il donne dans son milieu de vie, d'un équilibre reconquis et d'une abstinence sans contrainte.

Voir un individu qui semble sain d'esprit, et pour qui il est naturel de ne pas boire d'alcool, voilà qui dépasse l'imagination !

Cela est si vrai que le responsable politique d'un groupe anti-alcoolique s'étonnait qu'on refusât de boire un demi de bière en sa compagnie, après une séance, et aussi qu'on ne veuille pas faire une conférence de presse autour de quelques verres de vin.

Les anciens buveurs sont l'objet d'un « contre-prosélytisme », et on voudrait bien les faire boire. L'un d'eux, souvent invité, acceptait et prenait un quart Perrier. Lorsque ses camarades qui buvaient leur « canon » à quinze francs, furent lassés de payer l'eau gazeuse à cinquante francs, ils ne l'invitèrent plus.

Bien mieux que celui qui n'a pas fait son expérience, le buveur guéri est un prosélyte ardent, et sait ramener à la surface les camarades qui sombrent. Il nous semble bien que malgré la bonne volonté de certains militants, toute autre forme d'anti-alcoolisme soit, dans l'état actuel des choses, en France, secondaire ; on ne peut pas attaquer l'alcoolisme de l'extérieur, et ces anciens « porteurs », maintenant immunisés sont plus contagieux que jamais, mais c'est leur immunité qu'ils transmettent aux autres.

CHAPITRE III

LE MEDECIN MILITAIRE DEVANT L'ALCOOLISME

I. - Types d'alcooliques militaires.

Tous les buveurs ne se ressemblent pas dans l'armée. Leur type varie suivant leur origine, leur grade, leur arme et ses conditions de vie, leurs occupations. Ce sont là, au fond, des facteurs épidémiologiques plutôt que personnels.

Mais de plus, il est des groupes où l'on ne trouve pas n'importe qui, à propos desquels on est tenté de parler de personnalité, et qui prennent l'aspect de véritables situations psychiatriques. Tels les engagés volontaires surtout au sein d'armes comme la Légion ou les Parachutistes.

Est-ce à dire que les « buveurs psychiatriques » existent dans un groupe à l'exclusion de tout autre ?

Certainement pas, et nous ne chercherons dans ce classement qu'une orientation basée sur l'observation.

Et pourquoi les buveurs psychiatriques ? Le psychiatre militaire ne soigne-t-il que ce type de buveur ? Non, car on lui en envoie d'autres, surtout ceux qui sont menacés par des troubles biologiques graves, cirrhose par exemple, et qu'il doit déshabituer de boire. Le traitement sera toujours la cure de dégoût, et à ce titre, l'affaire du psychiatre. Mais si nous nous sommes attachés aux buveurs psychiatriques, c'est parce qu'ils présentent les problèmes thérapeutiques les plus difficiles : si on sait les soigner, on saura soigner les autres buveurs, et peut-être ne trouvera-t-on pas toujours ceux-ci aussi simples qu'on les croyait.

Nous allons étudier quelques groupes de buveurs :

a) *Les appelés.*

On ne les voit guère à l'hôpital que pour des ivresses pathologiques. Il semble que ces ivresses soient fréquentes. La question se pose du rôle respectif de l'armée et de leur vie antérieure dans leur habitude de boire.

C'était l'objet d'une enquête faite récemment à Lyon (Méd.-Lt.-Cl. Duran, Méd.-Ct. Péchoux). Cette enquête portait sur mille appelés ayant répondu à un questionnaire sur leurs conditions sociales et l'habitude de boire. On a conclu à :

— une consommation moyenne de 24 litres d'alcool par an et par tête. (Estimation récente : 21 litres par français) avec des extrêmes, assez rares il est vrai allant jusqu'à 4 litres de vin par jour.

— Les professions manuelles se distinguent déjà à vingt ans, des jeunes ruraux buvant plus que les citadins.

— On commence à boire jeune, et l'on boit alors beaucoup : 428 sujets ont commencé de six à douze ans.

— Les intellectuels boivent moins que les manuels. Le rôle du sport est réduit.

— On boit surtout du vin.

Il ressort de cette enquête que les jeunes recrues ont déjà à leur incorporation, l'habitude de boire pour une proportion importante ; ce n'est pas l'armée qui la leur fera perdre. Que les ouvriers boivent plus que les intellectuels et les paysans plus que les citadins, confirme la notion que l'alcoolisme en France est prolétarien, et à base de vin.

L'estimation de la quantité bue donne une idée de l'importance de l'habitude de boire. En fait, c'est une indication relative car nous l'avons vu, la sensibilité des sujets à l'alcool est variable.

On a bien l'impression que la maladie alcoolique n'est pas tellement une question de quantité : le déclenchement des ivresses pathologiques, fréquentes précisément chez nos jeunes recrues, le prouve.

b) *Les sous-officiers de carrière.*

Ils ont, de par les habitudes répandues chez eux, et leur genre de vie, maintes occasions de boire.

Nous aurons en vue deux armes que nous rencontrons souvent :

— *Les gendarmes*. L'habitude de boire est pour eux semi-professionnelle. Au moins invoquent-ils souvent les nécessités du service.

Un gendarme doit avoir de bonnes raisons de se défendre pour refuser de boire, car il lui faut mettre en confiance ceux dont il attend les renseignements. Attablé chez des paysans, celui qui refuse le « verre » est tout de suite suspect.

En fait, la pathologie alcoolique du gendarme est surtout digestive : ce sont rarement des buveurs psychiatriques. Ils viennent à l'hôpital pour leur foie, ou pour des ivresses prolongées sur un fonds désormais important de signes d'imprégnation, ou encore pour delirium tremens, dont nous avons vu la place peut-être particulière. Ce sont des alcooliques chroniques, qui ne viennent guère au médecin avant quarante ans.

Par comparaison avec d'autres militaires, il semble que les conditions de vie qui sont les leurs, stables, favorisent leur résistance, surtout peut-être mentale ; ils ont un métier, un logement pour eux et leur famille, une bonne alimentation : dans l'armée, ils sont comme de petits bourgeois.

LES GARDES-MOBILES.

Le caractère de leur vie, c'est l'instabilité ; une mission imprévue les emmène loin de chez eux, pour plusieurs semaines, en prévision de troubles qui ne se produisent pas toujours, dans de mauvaises conditions de logement et d'hygiène. L'alcool étant toujours là, ceux qui ont tendance à boire n'ont aucune raison de ne pas le faire.

c) *Les officiers.*

Quelle que soit la forme de leur alcoolisation (« démocratique » ou mondaine), elle est traditionnelle. L'habitude de boire est impérative, elle prend souvent la forme d'un rite. Chaque arme veut avoir la réputation la plus solide de sa capacité. Tout « s'arrose », ce qui ne tranche guère sur les habitudes bien françaises que nous avons déjà vues. En fait les officiers sont assez peu touchés par la maladie alcoolique ; ce n'est pas là la masse de l'alcoolisme.

d) *Les engagés volontaires.*

Nous aurons en vue ceux de la période d'après-guerre. Disons-le tout de suite : leur personnalité est spéciale, et leur alcoolisme prend souvent d'emblée la forme psychiatrique.

Nous nous référons au travail récent de notre collègue Gouars (Thèse, Lyon 1954).

— Dans une étude comparative, il mît en face :

100 candidats à l'engagement.

100 buveurs psychiatriques anciens engagés volontaires.

50 condamnés des tribunaux militaires anciens engagés,

— Ses conclusions sont :

- Certains engagés sont sans doute appelés à devenir des buveurs psychiatriques ou des délinquants.

- Les « situations psychiatriques » (sur lesquelles nous nous sommes étendus) atteignent des fréquences élevées et comparables dans les trois groupes : particulièrement dans les deux premiers, où la génotypie et la défection parentale ont des chiffres voisins. Par contre, l'échec professionnel domine nettement dans le groupe des engagés volontaires. Une sélection est nécessaire à l'engagement pour éliminer les sujets dont on ne tirera que des ennuis dans l'armée.

Ces conclusions correspondent à ce que nous avons pu voir. Les engagés volontaires qui boivent ont le plus souvent un comportement anormal : ivresses pathologiques, fugues, désertion.

En voici un exemple :

G... Abel, 23 ans, père éthylique mort de tuberculose pulmonaire, une sœur morte de tuberculose pulmonaire ; sa mère vit avec un homme avec lequel il ne s'entend pas. Personnellement, il aurait eu des convulsions dans son enfance † nerveux, violent. Pas de C.E.P. Service à 19 ans (1948), rengagement 1951. A ce moment-là, rupture de fiançailles avec une femme en instance de divorce ; buvait ; a fait des ivresses pathologiques,

A Versailles, fausse permission ; à Lyon, agression, 18 mois de prison avec sursis, puis déserte, retourne chez sa fiancée.

Cure = échec. A noter qu'il est l'ami d'un autre buveur psychiatrique, engagé comme lui, exactement sur le même modèle, qui a eu plusieurs cures : échec retentissant.

De ce tableau rapide, nous extrairons, pour les opposer en les schématisant, le gendarme et l'engagé volontaire.

— L'alcoolisme du premier est semi-professionnel ; il a un métier, une vie stable, une famille. On ne le voit que tardivement à l'hôpital, sa tolérance est longue, son comportement normal.

— Le second arrive dans l'armée fragilisé et sensibilisé à l'alcool, sa vie est déjà une suite de traumatismes psychiques, d'échecs, et de manifestations d'une personnalité particulière. Il ne peut pas boire et fera très rapidement des troubles du comportement pour des doses d'alcool souvent peu importantes.

Mais en pratique, il nous est demandé de soigner des buveurs qui n'entrent pas forcément dans une catégorie si distincte.

Il n'en reste pas moins que le traitement de ces buveurs réclame des modalités précises et invariables :

- Le psychiatre.
- La cure de dégoût à l'Antabus.
- Une doctrine du buveur qui ne laisse rien échapper de sa personnalité ni des conditions indispensables au succès de la cure.

II. - La cure d'Antabus dans l'armée.

Nous nous référerons à une enquête faite à l'Hôpital Desgenettes en mai-juin 1954, pour savoir ce qu'étaient devenus 76 buveurs dont les cures s'échelonnaient de 1949 à fin 1953.

Il n'est plus question, sur un nombre aussi restreint de cas, d'établir une statistique, mais nous essaierons, sur quelques cas concrets, de tirer des conclusions valables pour le traitement des alcooliques militaires.

Sur les 76 malades traités, 69 furent convoqués. Cette convocation eu les résultats suivants :

Se sont présentés	28
On donné des nouvelles, directement ou indirectement	6
N'ont pas répondu	34
Décédé	1

Résultats numériques parmi les renseignements obtenus :

Succès :

a) Abstinence plus de deux ans :

— avec surveillance médicale (1 an)	1
— sans surveillance	1

b) Abstinence plus d'un an :

— avec surveillance	4
— sans surveillance	0

c) Equilibre apparent malgré continuation 2

Echecs :

a) Immédiats : — cure ratée	4
— rechute immédiate	4

b) Dans la première année 27

c) Rechutes multiples (plusieurs cures) 7

ANALYSE DES RÉSULTATS.

1° La difficulté de retrouver les anciens malades traités est évidente puisque la moitié (34 sur 68) ont été perdus de vue. Ils se divisent ainsi par année de cure :

1949	1	(sur 2)
1950	5	(sur 8)
1951	7	(sur 16)
1952	9	(sur 21)
1953	12	(sur 22)

C'est évidemment un des gros problèmes de la cure : la moitié des malades est perdue moins d'un an après la cure. Aucune cure ne peut être faite sérieusement si l'on ne peut pas suivre le malade.

C'est un problème d'organisation sur le plan général des hôpitaux militaires.

2° Les mauvais résultats ne sont pas étonnants : 6 seulement sur 69 semblent avoir définitivement abandonné leurs habitudes d'intempérance.

3° Les critères de succès. Il n'est pas toujours facile d'apprécier si un malade boit ou non au cours d'une consultation. Nous nous sommes basés sur les dires du malade mais surtout sur son état somatique et psychique, et aussi, facteur précieux, sur le rapport du médecin ou du chef de corps.

Comme *critère de guérison*, nous avons retenu l'abstinence totale. En effet, comme nous l'avons déjà vu, l'expérience a prouvé que, pour les malades traités à l'Antabus, il n'y avait pas de milieu, et que la moindre goutte d'alcool pouvait les ramener rapidement à la plénitude de leur alcoolisation.

Nous envisagerons maintenant la suite de la cure, telle qu'elle apparaît dans notre tableau.

Nous avons dit la carence, dans l'armée, de l'élément capital qu'est la Société des buveurs guéris ; la surveillance médicale prend donc toute son importance.

Parmi nos bons résultats, que voyons-nous ?

— Chez les deux abstinents de plus de deux ans, l'un avait été suivi dix mois seulement. Ils avaient pris de l'Esperal, le premier pendant neuf mois, le second pendant six mois.

— Chez les abstinents de plus d'un an, les quatre succès sont chez des malades revus respectivement au bout de 2, 5, 8, 12 mois pour le premier ;

1, 2, 3, 8, 10 mois et 1, 2, 5, 8, 10, 14 mois pour les deux autres.

— Chez les malades étiquetés : succès probables, au nombre de 3 peut-être abstinents totaux ou partiels, on trouve comme délais de visite : — 2, 7, 11, 13 mois

— 1, 4, 12 mois.

— 1, 3, 5, 8, 17 mois.

Parmi les 27 échecs des six premiers mois ou de la première année, trois seulement furent revus trois fois en un an, un quatre fois ; pour les autres, certains ne furent pas revus mais la plupart fut revue une fois, au bout d'un mois, puis plus jamais. Bref, la majorité de ces malades n'a pas été surveillée de façon suivie.

CONCLUSION.

Le premier obstacle est la difficulté de suivre le buveur traité et de le revoir régulièrement.

Les indications de la cure ne doivent pas être trop multipliées ; certains sujets par trop désadaptés, n'ayant aucun désir de s'arrêter de boire doivent être éliminés ; la cure doit être volontaire, ou au moins acceptée. Il est indispensable de suivre le malade traité longtemps ; de prendre et de garder le contact avec sa famille.

La carence d'organisation de groupes de buveurs guéris se fait sentir dans l'armée pour la réadaptation.

III. - Le traitement des buveurs est la meilleure prophylaxie anti-alcoolique.

Loin de le combattre, tout favorise actuellement l'alcoolisme dans l'armée. Le médecin militaire, à qui on demande de lutter sans lui en donner les moyens, ne peut compter ni sur les dispositions législatives, ni sur l'effet de considérations morales.

Dans le concret, il est devant une maladie épidémique et contagieuse, dont la prophylaxie doit être calquée sur celle de la syphilis, c'est-à-dire comporter le traitement des sujets contagieux, à la fois pour les guérir et pour qu'ils ne soient plus contagieux.

Cela demande de répandre l'usage de la cure et de créer une organisation médico-administrative. Cela demande aussi d'utiliser le prosélytisme des buveurs guéris.

PROPOSITIONS CONCRÈTES.

Quelle conduite adopter vis-à-vis des buveurs dans l'armée ?

Les différentes questions qui se posent dans la pratique sont :

- Dépistage.
- Traitement.
- Suite de traitement.
- Réadaptation du buveur.
- « Noyautage » des unités.
- Elimination des incurables.

1° Dépistage.

Il dépend d'abord du Commandement, qui le premier est averti du comportement perturbateur d'un militaire, connu en général pour ses habitudes éthyliques.

De l'attitude du Commandement dépend en grande partie les habitudes et l'imprégnation d'une unité. L'ivresse, surtout quand elle se répète, doit être sanctionnée comme une faute contre la discipline.

Mais surtout, il faut que nul n'ignore que les récidives seront considérées comme pathologiques, et qu'elles entraîneront la visite du médecin. Il faut qu'on s'accoutume à voir dans le buveur un malade, et non pas un surhomme.

Là commence le rôle curatif du médecin du corps. Il lui revient d'essayer de faire comprendre à son interlocuteur qu'il ne s'agit pas d'une plaisanterie, mais d'une maladie ; il n'est évidemment pas écouté le plus souvent.

L'alcoolique peut venir de lui-même ; nous en voyons de plus en plus souvent, dans l'armée comme en milieu civil. Il peut encore venir poussé par sa femme ou sa famille.

Le médecin qui sait ce que représente l'alcoolisme, cherchera d'emblée à approfondir la connaissance de son malade, et commencera la psychothérapie par l'établissement d'un contact confiant.

Aidé au besoin de l'Assistante sociale, il lui sera facile de faire le bilan des problèmes familiaux, professionnels et psychologiques du buveur.

L'intervention du médecin auprès du commandement ou de la famille, peut contribuer à rétablir un équilibre menacé et à empêcher l'apparition de troubles plus graves.

Lorsque cette action n'est pas possible, ou s'il s'agit d'un volontaire, le médecin doit proposer une cure de dégoût.

Qu'elle soit acceptée ou non, le buveur est désormais du ressort du psychiatre.

2° Traitement.

Reprenant une suggestion faite déjà en 1952 : (Drs. Hamon, Paraire et Velluz. Société de Médecine Militaire Française. Séance du

3 avril 1952), nous insisterons sur l'intérêt que représenteraient des *centres régionaux de désintoxication*, ne traitant que les buveurs et rattaché aussi souvent que possible au Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire. C'est à un psychiatre que doit être confié ce traitement, car, nous l'avons vu, ce n'est pas sans raison que ces malades s'adressent à lui. Et c'est un travail de spécialiste que la compréhension du buveur psychiatrique, la réalisation et surtout la suite d'une bonne cure.

Dans le centre, il conviendrait que les buveurs traités soient séparés des autres malades, et groupés ensemble dans une ou plusieurs salles, d'où des indications judicieuses aient exclu les « brebis galeuses », venues là par force, et qui ont vite fait de contaminer un groupe. C'est dans de telles salles que les malades, se voyant mutuellement, apprécient le mieux leur degré d'imbibition propre, parlent d'alcoolisme et y réfléchissent ; la fraternité de la crise thiuramique outre son caractère sérieux qui rend la cure plus efficace, peut être l'ébauche d'une forme d'anti-alcoolisme dérivée des Sociétés d'anciens buveurs : le « noyautage » de l'unité par quelques hommes convaincus.

Le Centre doit pouvoir être protégé contre la « contrebande » aux grilles de certains hôpitaux, d'un nombre étonnant de bouteilles de vin.

Il est souhaitable de faire travailler les buveurs en traitement ; pratiquement, cela est difficile à réaliser dans un hôpital militaire.

CONDITIONS DE LA CURE.

Revenons encore sur les trois essentielles :

- a) Elle doit être *volontaire*.
- b) *Hospitalière*, dans le cadre du centre spécialisé.
- c) *Psychothérapique*, par la mise en confiance, la compréhension du problème particulier que pose chaque malade.

La connaissance de la situation du buveur doit aboutir à une ambiance où il se sente à l'aise pendant et après la cure.

L'OBSERVATION.

Nous passerons sur la préparation et les modalités techniques de la cure. C'est l'Antabus qui est le plus généralement employé.

L'observation du buveur est une observation psychiatrique. Elle doit renfermer un certain nombre de renseignements, toujours les mêmes, recherchés de façon systématique et approfondie, et que nous avons détaillés précédemment.

Ainsi elle présente le double avantage d'être immédiatement un guide pour le traitement, et ultérieurement d'être exploitable et comparable avec les autres observations de buveurs.

Les renseignements généraux seront complets.

Les antécédents héréditaires comprendront d'une part, la pathologie de la famille du buveur (spécialement mentale et éthylique), ainsi que les destructions, séparations, carences qui sont manifestées ; d'autre part, les mêmes renseignements dans la famille de sa femme.

Nous avons déjà mentionné l'importance de ce *génotropisme*.

Dans les antécédents personnels, on notera les conditions de vie dans l'enfance, le degré d'instruction, le ou les métiers pratiqués, avec leur suite chronologique, les engagements, la captivité.

On insistera sur les conditions de la vie matrimoniale. Il faut chaque fois que c'est possible, voir en même temps que le malade, sa femme ou, à défaut, un membre proche de sa famille.

Les antécédents pathologiques comprendront évidemment le début de l'intoxication, ses manifestations aiguës ou chroniques, les traitements suivis et leur résultat.

L'examen clinique comprendra, en plus de la recherche des signes digestifs ou nerveux, d'imprégnation, des examens hépatique et nerveux, un examen mental portant sur la mémoire, l'intelligence et le comportement vis-à-vis de l'alcool.

Les traitements, et spécialement la cure d'Antabus, seront notés en détails, avec les effets immédiats de la cure.

Dans la suite, chaque visite sera mentionnée, avec le résultat apparent, les rapports éventuels, la durée de prise de l'Antabus.

3° *Suite de la cure.*

Le vrai problème commence à la sortie de l'hôpital où les tentations vont reprendre le buveur.

L'expérience montre que c'est dans la première année, et spécialement les six premiers mois, qu'ont lieu les rechutes, par l'entraînement habituel souvent, ou bien à l'occasion de fêtes où les sollicitations se font plus pressantes ; on en signale aussi à la suite de chocs affectifs.

Il faut absolument que, pendant une période d'un an, le buveur guéri ne soit pas abandonné. Il sera convoqué souvent, tous les mois par exemple, et plus fréquemment encore les deux premiers mois.

Il viendra autant que possible avec sa femme.

Le médecin fera le point, reprendra les arguments déjà employés la première fois, si besoin, et donnera de nouveaux comprimés d'Antabus.

Il est nécessaire que l'ancien malade soit revu, le plus longtemps possible, par le médecin qui s'est occupé de lui la première fois.

C'est pourquoi, un seul médecin doit être attaché au Centre, de façon que tout alcoolique traité passe par ses mains, et surtout que tout alcoolique qui revient en consultation soit toujours vu par le même médecin.

Il ne faut pas, en effet, que l'ancien buveur qui se traite, ait l'impression d'une discontinuité et, peut-être, d'un désintéressement de son cas, surtout si cette impression lui vient alors qu'il prépare une rechute.

Si le premier contact a été bon et confiant, si le succès immédiat de la cure de dégoût a été exploité dans le sens d'un encouragement par le thérapeute, le comprimé prendra une valeur magique en prolongeant dans la solitude de l'homme l'appui éprouvé pendant le séjour hospitalier.

En règle générale, le militaire est privé de l'appui d'une Société d'anciens buveurs. Là où il en existe, le médecin se devra d'essayer d'en faire bénéficier son malade. Il lui laissera le choix, selon les tendances de celui-ci, entre la Société indépendante, ouverte à tous

ou les Sociétés à base religieuse, Croix Bleu protestante, Croix d'Or catholique.

Mais le plus souvent, les alliés de l'ancien buveur sont sa famille, d'une part, le médecin d'autre part. Celui-ci d'ailleurs, s'appuie sur la famille qui reste en définitive, avec la volonté du sujet, le gros atout. C'est pourquoi le médecin traitant hospitalier doit voir et revoir la femme. S'il peut compter sur elle, dans la suite du traitement (surveillance, prise de l'Antabus), le succès est probable. L'échec est à prévoir quand il n'a pas de femme ou quand elle est incapable de comprendre son rôle.

Enfin, à la consultation du Centre, le militaire sera porteur d'un rapport de son chef de Corps, et de l'avis du médecin de Corps, qui infirment parfois une première impression fausse, et donnent l'alerte d'une rechute que l'on ne décèle pas forcément au cours d'une visite.

En effet, le médecin du Corps assume naturellement la surveillance du comportement de l'ancien buveur, de manière directe, puisque c'est lui qui l'envoie à la consultation du Centre, mais aussi de manière indirecte par la liaison avec le commandement, et par le Service Social.

Mais un problème reste en suspens, puisque la moitié de nos malades étaient perdus de vue en un an, du fait des mutations, et, accessoirement, des mises à la retraite, des fins de contrats, ou des réformes. Nous n'avons eu que peu de réponses, rarement significatives, pour d'anciens malades dont les convocations avaient suivi le cheminement, d'unité en unité, grâce à l'effort des médecins des Corps d'origine.

C'est donc à proposer un système qui permette au malade d'être suivi médicalement aussi longtemps qu'il le faudra, que nous allons nous attacher maintenant.

Les Centres régionaux dont nous avons parlé, organisés d'une manière homogène, selon la même inspiration, pour le traitement et la surveillance des alcooliques guéris, formeraient un réseau, où, moyennant quelques dispositions d'ensemble simples et précises, ces anciens malades seraient suivis sans discontinuité.

Voici trois exemples de ce que pourraient être ces dispositions.

1^{re} Suggestion :

Dans l'hypothèse de l'existence de centre de désintoxication dans chaque région, la surveillance et la suite de l'ancien buveur peut se concevoir ainsi :

a) Au corps.

Le médecin du corps tient une liste des alcooliques traités qui doivent être suivis (et éventuellement une fiche pour chacun qui sera envoyée au nouveau corps en cas de mutation, fiche portant la date de la cure et les dates des visites).

- Sur le livret médical de l'intéressé, une mention est prévue pour le traitement et la surveillance.

- A l'arrivée d'un nouveau malade, à surveiller, la liste est mise à jour d'après le livret médical reçu (et éventuellement d'après la fiche prévue ci-dessus). A l'arrivée encore, le Service Social est prévenu afin de prendre connaissance du nouveau cas.

- Au départ d'un alcoolique traité en surveillance, en plus du livret médical avec sa mention (bien apparente), la fiche ci-dessus peut être envoyée, avec le livret ou à part, au médecin du nouveau corps.

b) Au centre régional de désintoxication.

Un fichier qui reste au centre permet de retrouver rapidement les observations de tous les éthyliques traités.

A l'arrivée d'un malade sous surveillance médicale actuelle, envoyé par le médecin du nouveau corps, le contact est pris par le médecin du C.R.D., et les consultations mensuelles établies, suivant le plan exposé plus haut.

Le C.R.D. reçoit copie de l'observation de ce malade, du C.R.D. précédent, sur sa demande, ou mieux, automatiquement, sur avis donné au C.R.D. précédent de la mutation du militaire.

Au départ d'un de ces malades, le C.R.D. envoie le plus rapidement possible la copie de l'observation au C.R.D. de la nouvelle affectation. (Sur demande ou mieux, sur simple avis de mutation du militaire.)

2° *Suggestion :*

En l'absence de C.R.D. suffisamment nombreux, on prévoit pour suivre le malade, *un carnet*.

Pour ne pas multiplier les carnets de maladies chroniques, nous proposons de ramener à un seul type (dit « carnet de surveillance périodique », par exemple) tous les carnets utilisés pour l'amibiase, le paludisme, la syphilis.

Il pourrait servir pour toutes les maladies chroniques, dont l'alcoolisme.

Sa destination dans chaque cas particulier, serait marquée par un signe distinctif discret (lettre ou timbre de couleur).

Voici un exemple de la forme qu'il pourrait revêtir.

— *Première page de la couverture :*

— Titre.

— Recommandations sur l'usage du carnet.

— *Deuxième page de la couverture :*

— Nom, grade, formation.

— Numéro d'identification S.S.

(Ces deux identifications facultatives.)

— Numéro de la maladie (code).

— Renseignements sur la date et les circonstances de découverte de l'affection.

— Examens complémentaires pratiqués à ce moment-là.

— Signature du médecin.

— *Troisième page de la couverture :*

— Notes explicatives de certains points marqués d'un chiffre dans le carnet.

— *Sur les feuillets*, au nombre de huit par exemple, toutes les pages étant libellées de la même façon :

— Indication de la formation sanitaire.

— Date des visites ou séjours.

- Diagnostics cliniques.
- Examens complémentaires.
- Traitements.
- Observations (en particulier date de la prochaine consultation).
- Nom et signature du médecin.

La discrétion pourrait être respectée au maximum, d'autant plus que le carnet resterait la possession du malade.

En ce qui concerne les alcooliques, l'usage du carnet serait le suivant :

Remis au malade après la cure, soit dans un C.R.D., soit dans le service où on l'a pratiquée, (Service qui peut être aussi bien civil que militaire).

Il serait présenté au médecin du corps qui porterait mention de l'existence de ce carnet sur le livret médical de l'intéressé.

Chaque visite, avec sa date, les observations, la poursuite du traitement, la nouvelle convocation, seraient inscrites sur les feuillets prévus à cet effet, que cette visite périodique soit assurée par le médecin du corps ou par un médecin de centre spécialisé.

A tout changement, le carnet serait demandé au malade par le médecin de la nouvelle unité, au vu de la mention portée sur le livret médical.

Dans cette hypothèse, la surveillance de l'ancien buveur serait dévolue au médecin du corps, qui assurerait les visites, veillerait à la prise de l'Antabus, et n'enverrait le malade à l'hôpital qu'en cas de rechute.

3° Suggestion :

Le carnet constitué et rempli comme il est dit ci-dessus, serait utilisé dans le système de la première suggestion.

Le malade le garderait, et le montrerait au médecin du nouveau corps et au médecin du C.R.D., qui en auraient connaissance par la mention du livret médical.

Il jouerait alors le rôle dévolu à la fiche, proposée pour être éventuellement établie par le médecin du corps et envoyée au médecin du nouveau corps à l'occasion d'une mutation.

Ces propositions avaient pour but de donner toute son efficacité à la cure de désintoxication, en essayant de pallier les principaux obstacles qui en rendent actuellement le succès très aléatoire.

Elles touchent à la période de surveillance indispensable que nous avons fixée à un an après la cure, ce qui est un minimum.

Toute rechute survenue au cours de cette période (dont, rappelons-le, on surveillera surtout les six premiers mois), doit être rapidement prise en main par le médecin du corps. Il enverra le malade à l'hôpital, et un nouveau traitement sera fait s'il n'est pas contre-indiqué déjà par l'aboulie du buveur. Après cette nouvelle cure, on entreprendra à nouveau une surveillance d'un an.

Si la rechute a lieu après ce délai, on pourrait aussi recommencer une cure en tenant compte de tous les facteurs intervenus.

Des rechutes éloignées ne sont pas des contre-indications à de nouvelles cures, alors que l'on perd son temps en cas de deux rechutes dans la même année.

En réalité, tout est question d'appréciation du médecin dans chaque cas particulier.

4° Réadaptation.

La cure médicamenteuse n'est rien si le buveur ne trouve pas d'appui dans son milieu de vie. Il est actuellement impossible de songer à organiser des associations importantes, proprement militaires, même dans les grands centres.

Ce qui semble plus urgent et plus réaliste, c'est de chercher à assurer au corps même la rééducation du buveur traité. Dans cette tâche, doivent intervenir le médecin, mais aussi le commandement.

Dans un tel système, le buveur, à sa sortie de l'hôpital serait pris en charge par le médecin qui le présenterait au Commandement, celui-ci devant être mis au courant des problèmes que pose le buveur guéri. Le rôle du médecin du corps, ainsi que nous l'avons vu serait : d'assurer la suite du traitement médicamenteux, mais aussi la psycho-

thérapie, en liaison avec la famille, par le Service Social, et avec le Commandement.

Le Commandement pourrait, par sa compréhension, faire aussi œuvre psychothérapique. Il lui reviendrait éventuellement de grouper les buveurs guéris en un Foyer ; et aussi de les charger de « noyauter » l'unité.

Déjà essayé en 1935 par le Médecin-Général Rubenthaler, avec quelques succès, paraît-il (Perthus, thèse Lyon 1952), et proposé en 1952 par le Médecin Principal Igert, le noyautage de l'unité prend, grâce aux possibilités actuelles, un intérêt nouveau.

Nous avons insisté à plusieurs reprises dans ce travail, sur la valeur du prosélytisme anti-alcoolique de la plupart des anciens buveurs guéris. Ce sont eux qu'il faut envoyer en « commando » parmi leurs camarades. Sans rien dire, par le seul exemple de leur récupération sociale, ils feront réfléchir les autres.

Une telle méthode peut sembler bien discrète, parcellaire et lente : elle est actuellement plus sûre que les conférences, les innombrables vœux et projets de règlement.

Il n'est pas jusqu'aux sanctions qui ne puissent prendre une réelle valeur psychothérapique ; l'alcoolique, malade à rééduquer, a besoin de compréhension, mais aussi de fermeté. Peut-être conviendrait-il que, pour ces sanctions, le psychiatre du Centre soit consulté.

5° *Dispositions spéciales.*

Il ne faut pas qu'un buveur traité soit mal vu. Bien au contraire, un changement dans ses habitudes d'éthylisme doit être noté à son crédit. Alors que la mention « intempérance » doit figurer sur les notes d'un sujet qui ne veut pas comprendre et se faire traiter.

6° *Le « nettoyage ».*

Dans l'intérêt même des autres, les buveurs non convaincus comme des anciens buveurs, on doit éliminer les mauvais exemples.

Mesures médico-légales : l'alcoolique qui refuse de se soigner ou

dont la cure a été sciemment mal faite, et qui garde ses habitudes avec leur cortège de conséquences sociales et militaires, peut être considéré de deux façons, suivant les cas : comme un coupable ou comme un malade.

De toute manière, c'est un parasite pour l'armée qui a besoin de membres productifs.

Envers les premiers que nous avons déjà rencontrés, inadaptables, dangereux parfois, quelle autre mesure prendre que l'exclusion ?

Ce sera là une décision du conseil de discipline, après récidive de leurs excentricités et constatation de l'inutilité de toute intervention médicale.

Le sort des seconds ne doit pas être très différent ; qu'attendre d'un malade qu'aucune tentative thérapeutique ou psychothérapique n'empêche de renouveler ses excès de boisson ?

Devant de tels cas, après des échecs et des séjours hospitaliers répétés, la seule solution consiste à présenter le malade devant une commission de réforme en vue d'une réforme définitive n° 2. On ne voit pas pourquoi l'armée pensionnerait ces malades, car, en matière de responsabilité, si leur affection est parfois favorisée par le service, il ne semble pas, après l'étude de la personnalité du buveur, que l'on puisse attribuer à la vie militaire un rôle plus important qu'à d'autres éléments dont l'armée n'est certainement pas responsable.

Et, d'un point de vue purement pratique, pourquoi pensionnerait-on ceux qui, pendant la récente guerre d'Indochine, étaient rapatriés à leur premier séjour, et définitivement inaptes à repartir, alors que leurs camarades plus sobres, que leur valeur militaire intacte désignait à de multiples campagnes, augmentaient leur chance d'y trouver la mort ?

Ce sont là des cas de conscience posés au médecin, qui ne sont pas faciles à résoudre, car la responsable, c'est toute la structure sociale dont fait partie l'armée, mais c'est toujours envers l'individu que nous devons prendre des décisions.

Conclusions.

Nous le voyons, au moins deux médecins concourent à la réussite d'une cure : le psychiatre et le médecin du corps. C'est en définitive

à celui-ci qu'incombe la surveillance, c'est de lui, de l'intérêt qu'il porte aux buveurs, de sa connaissance des problèmes qu'ils posent, de sa foi en la réussite de la cure, que dépend cette réussite.

C'est pourquoi il faudrait que tous les médecins militaires aient une *doctrine* de cette lutte épidémiologique contre l'alcoolisme, et, de la base de cette lutte, la connaissance du buveur justiciable de l'Antabus.

Jamais le traitement des buveurs ne sera simple ; donner une drogue ne résout pas le problème, et, alors même que nous en posséderions une qui empêcherait de boire définitivement, il faudrait d'autant plus s'occuper des situations qui réclament une solution humaine.

La psychothérapie a sa place au corps de troupe comme ailleurs : elle dépend du médecin et du Commandement. Les sanctions ne sont que des palliatifs ; c'est la compréhension du buveur qui est thérapeutique et efficace.

CONCLUSIONS

1° Dans la lutte contre l'alcoolisme dans l'armée, ni la réglementation, ni l'éducation n'ont eu jusqu'ici d'efficacité réelle.

Dans l'état actuel des choses, cette lutte est comparable à la prophylaxie d'une maladie contagieuse épidémique, dont elle a d'ailleurs certains caractères. Elle doit être basée sur le traitement des buveurs par les cures de dégoût (Antabus).

2° L'expérience du milieu civil nous apprend les conditions de réussite de ces cures qui sont :

a) Le traitement médicamenteux (par un psychiatre).

b) La psychothérapie.

c) La réadaptation de l'infirme social qu'est l'ancien buveur.

Leur réalisation demande patience et effort. Elle est possible dans l'armée, mais elle requiert beaucoup d'attention et d'effort soutenu.

3° Nous avons proposé des moyens destinés à assurer une cure satisfaisante et efficace. Elle ne peut l'être que par la réalisation

— De centres régionaux de désintoxication.

— D'un réseau établi entre ces Centres et entre les Centres et les Corps de troupe.

— Et d'une réadaptation, véritable rééducation, où le médecin du Corps joue un rôle important, conjointement avec le Commandement, le Service Social et la famille du malade, et en liaison avec le psychiatre du Centre.

C'est, en définitive, de l'intérêt et de la foi de chaque médecin militaire en la possibilité de traitement des buveurs, que dépend le succès de ce traitement et sa valeur individuelle et sociale.

Vu :

Le Doyen,

H. HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,

R. SOHIER.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 1^{er} décembre 1954

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :

Pour le Recteur, et par délégation^e:

le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Le Doyen,

H. HERMANN.

BIBLIOGRAPHIE

Docteur P. PERTHUS : Contribution à l'étude de l'alcoolisme dans l'Armée. (Thèse, Lyon, 1951.)

Docteur E. MAY : Rapport au Conseil Economique : Problème de l'alcoolisme en France. (*Journal Officiel*, 12 et 14 janvier 1954).

Docteur A. RÉQUET : Une nouvelle cure de l'alcoolisme (MM. Réquet et Revol) (*La Presse Médicale*, 22 octobre 1949) ; La situation du buveur et son traitement (*La Presse Médicale*, 25 mars 1950) ; Aspect actuel de la cure de l'alcoolisme psychiatrique masculin dans la région lyonnaise (*La Presse Médicale*, 17 novembre 1951) ; L'alcoolisme psychiatrique dans le prolétariat masculin (*Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale*, Tome I, n° 7, année 1953, pp. 634 à 651 ; Communication faite à la Commission d'Action Sanitaire et Sociale. Séance du 9 juillet 1954, sur : la lutte anti-alcoolique.

Médecin-Colonel GAUTHIER : Les psychopathies éthyliques en milieu militaire. (Janvier 1935).

Professeur P. PERRIN : L'alcoolisme. Problèmes médico-sociaux. Problèmes économiques.

COLLOQUE INTERNATIONAL DE L'ALCOOLISME. Copenhague, 1951.

Professeur DÉROBERT : L'économie de l'alcoolisme. (*Monographie de l'Institut National d'Hygiène*, Paris 1953).

Docteur CHARLIN : Rapport au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Liège, juillet 1954 : Traitement de l'alcoolisme chronique.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
CHAP. PREMIER. — LES BUVEURS DANS L'ARMÉE	15
ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ALCOOLISME	15
— La source de contagement	16
— Les facteurs de diffusion	16
— La réceptivité des sujets	18
ON BOIT MOINS ET IL Y A PLUS D'ALCOOLIQUES	20
ASPECT DE LA LUTTE	21
ROLE DU MÉDECIN	22
CHAP. II. — LES CONDITIONS DE LA CURE DE DEGOUT...	24
HISTORIQUE DE L'EXPÉRIENCE	24
LE BUVEUR PSYCHIATRIQUE	25
— Définition	25
— Analyse des faits	26
QUELLE EST LA CONDUITE DU TRAITEMENT ?	37
CHAP. III. — LE MÉDECIN MILITAIRE DEVANT	
L'ALCOOLISME	41
TYPES D'ALCOOLIQUES MILITAIRES	41
LA CURE D'ANTABUS DANS L'ARMÉE	45
LE TRAITEMENT DES BUVEURS ET LA MEILLEURE PRO- PHYLAXIE ANTI-ALCOOLIQUE	48
PROPOSITIONS CONCRÈTES	48
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	63

